

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1480

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean Paul PINOT

Né le 13 Juin 1911, à Paris

LE VERTIGE

Traitement Chirurgical

(Section du nerf auditif)

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain, 91

1939

084 f

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean Paul PINOT

Né le 13 Juin 1911, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

LE VERTIGE

Traitement Chirurgical
(Section du nerf auditif)

Président: **M. LEMIERRE**, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain, 91

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	I. VY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthodépie	H. JACQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES .. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MÈNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 RUENIOT Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU - LEMAIR E... Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Stomatologie.
LEDoux-LEBARD Puériculture.
RUPPE Education physique.
WEIL-HALLÉ Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE LE DOCTEUR J. PINOT

A MA MERE

A MA TANTE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

Qui tous les quatre m'ont entouré d'une affection sans limite.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de clinique des maladies contagieuses
de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour la bienveillance particulière qu'il a bien voulu montrer pour moi et les miens et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et l'assurance de notre fidèle dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABBE (in memoriam).

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST (in memoriam).

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé LANDENNOIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABBE (in memoriam).

MONSIEUR LE DOCTEUR GORNOUCE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé BOULIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé SOULIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE.

Médecin des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR WELTI

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATELLIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHIER.

Laryngologistes des Hôpitaux.

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER.

Chef des travaux de gynécologie

à la Faculté de Paris

En témoignage de ma bien
vive reconnaissance pour la sym-
pathie qu'il m'a toujours témoi-
gné.

LE VERTIGE -- TRAITEMENT CHIRURGICAL (Section du nerf auditif)

AVANT-PROPOS

Le vertige est une manifestation singulièrement pénible. Il est souvent le signe capital de la maladie de Ménière, caractérisée par des grandes crises vertigineuses accompagnées de vomissements, de bourdonnements d'oreille et souvent de surdité unilatérale, survenant par accès violents et répétés.

La maladie est progressive et bientôt toute vie active devient impossible aux malades qui en sont atteints.

Certains malades ont un passé auriculaire. Les autres n'ont jamais eu d'affections auriculaires. Lorsqu'en face d'un de ces grands vertigineux, le médecin ne découvre aucune cause générale à l'origine des vertiges (digestive, cardiovasculaire, etc.,) et est amené à suspecter une cause otique ou labyrinthique, lorsqu'il a d'autre part épuisé sans succès toute la gamme des ressources thérapeutiques habituelles, il n'est plus actuellement désarmé comme jadis. Il faut d'ailleurs remarquer que la question de la pathogénie de la maladie de Ménière est souvent encore obscure. Selon l'hypothèse émise par Portmann, le ver-

tige est lié à des lésions labyrinthiques par troubles d'hypertension du liquide endo-lymphatique (glaucome auriculaire).

Selon d'autres le vertige est dû à une névrite du nerf auditif. Ombrédanne attire l'attention sur les lésions histologiques notées à l'examen des fragments de nerf réséqués en cours d'opération. Dandy admet de même dans un grand nombre de cas la présence de lésions intrinsèques du nerf. Il croit que dans beaucoup de cas la cause doit être plutôt intracrâniale que intralabyrinthique. Assez souvent la compression de l'auditif après son émergence du bulbe dans une boucle anormale de l'artère cérébelleuse moyenne doit être prise en considération.

Aubry et Ombrédanne viennent de faire à maintes reprises la preuve que la section intracrânienne du nerf auditif était capable de guérir radicalement les grandes crises de la maladie de Ménière.

La section intracrânienne du nerf auditif était considérée, il y a trente ans, comme une opération d'exception et de pronostic redoutable. La voie temporale employée à cette époque pour aborder le nerf était particulièrement délicate à suivre, les complications septiques ou hémorragiques post-opératoires très fréquentes, la mortalité effroyable. La voie occipitale préconisée par Dandy, étudiée et utilisée par Petit-Dutaillis pour aborder le trijumeau permet actuellement de réaliser cette intervention sur l'auditif avec un minimum de risques opératoires et

d'escompter des résultats entièrement satisfaisants. En utilisant pour sectionner le nerf auditif la même voie d'abord postérieure qu'il avait employée pour pratiquer les neurotomies juxta-protubérantielles du trijumeau, Dandy a véritablement donné l'impulsion première à la chirurgie de l'auditif, qui lui a permis de publier en 1928 une première série opératoire de 9 cas de vertiges traités et guéris par ce procédé. Mais cette intervention destinée à supprimer les vertiges d'origine auriculaire par section de la huitième paire avait un inconvénient majeur : celui de supprimer l'audition en même temps que les vertiges. Aussi, et par analogie avec la section incomplète de la racine sensitive du trijumeau, qui donne cependant une guérison complète du tic douloureux de la face, l'idée d'une section partielle du nerf auditif, n'intéressant que la portion vestibulaire du nerf, et respectant sa partie cochléaire, s'est-elle fait jour, Dandy aux Etats-Unis, Cairns en Angleterre, Mac Kenzie au Canada la réalisèrent. En France, Aubry et Ombrédanne ont montré que la section partielle du nerf auditif était facile à exécuter. Ils ont précisé la technique et ont pu démontrer qu'elle permettait d'obtenir la guérison du vertige auriculaire sans compromettre l'audition existante. Ils ont été les premiers en France à présenter en 1935 devant la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris deux malades guéris de leurs vertiges après section partielle du nerf auditif sans altération consécutive de l'audition. En 1937 ils ont

déjà eu l'expérience sur 37 cas dont 14 sections isolées du nerf vestibulaire.

Le but de notre travail sera de donner la classification de différents syndrômes comportant des crises vertigineuses, de préciser ses indications opératoires notamment de la section intra-crânienne du nerf auditif et de décrire la technique opératoire, en énumérant les autres interventions proposées, soit destructives, soit décompressives.

SYMPTOMATOLOGIE

A. — Syndrôme de Ménière pur.

Le syndrome de Ménière typique est maintenant bien individualisé. Il est constitué par la triade symptomatologique classique : bourdonnement, surdité, vertige, dont le dernier terme est le plus important.

Dans les antécédents des malades, on ne trouve aucun passé otitique.

Le vertige est lié à une perturbation de l'appareil labyrinthique périphérique.

Selon la classification de A. Hautant, il en existe deux formes cliniques importantes au point de vue thérapeutique :

a) *Le vertige-néuralgie* ou les épreuves labyrinthiques, telles qu'elles sont habituellement pratiquées, sont normales (épreuve calorique, épreuve rotatoire, épreuve galvanique) ou à peu près.

La maladie survient par accès séparés, par des intervalles de calme absolu. L'accès est toujours accompagné

avec un nystagmus spontané. La surdité est plus ou moins marquée, de type labyrinthique ou mixte.

Cause : trouble immoral.

Appareil cochléaire : lésions fréquentes.

b) Le vertige-névrite se distingue du vertige-névralgie par des épreuves labyrinthiques profondément modifiées. Ces modifications se caractérisent par une hyperexcitabilité plus ou moins marquée du labyrinthe localisé du côté malade, ou prédominante du côté le plus atteint.

Il survient par accès ou en longues périodes. Calme moins net. Toujours avec nystagmus spontané. Un signe de Romberg plus ou moins discret. Surdité constante plus ou moins marquée et le plus souvent unilatérale.

Cause : infection névrotique. Syphilis.

Appareil cochléaire : lésions fréquentes. Troubles de la conduction osseuse.

Cette variété est souvent plus rebelle que la précédente à la thérapeutique purement médicale, sauf dans les cas où une étiologie infectieuse spécifique peut être décelée et la plus importante est la névrite syphilitique qui, souvent, réagit fort bien à un traitement médical bien conduit.

B. — Syndrôme de Ménière atypique, ou forme otoneurologique, par opposition avec le syndrome de Ménière pur qui constitue la véritable forme otologique de la maladie.

Ce sont des anciens otorrhéiques.

Ici, le vertige est lié à une lésion se trouvant entre le labyrinthe et le centre.

En somme, le syndrome de Ménière atypique est un intermédiaire entre le syndrome de Ménière pur, c'est-à-dire d'ordre périphérique, et le syndrome vestibulaire central, c'est-à-dire dû à une lésion bulbo-protubérantielle dans la zone des noyaux vestibulaires centraux.

Anatomiquement, ils répondent en effet à deux grands types de lésions ponto-cérébelleuses : l'arachnoïdite, et la tumeur de l'angle.

1°) *Arachnoïdite* de la fosse cérébelleuse :

Il y a deux variétés principales d'arachnoïdite dans les lésions névritiques de la huitième paire, décrite par Aubry et Ombrédanne.

a) *Forme adhésive* : la symptomatologie est également discrète; le malade se présente souvent comme des méniériques purs et le diagnostic ne se fait qu'à l'intervention. Dans certains cas, au contraire, on peut soupçonner la lésion pié-méro-arachnoïdienne, grâce à la céphalée qui est assez fréquente. La céphalée constitue donc une anomalie importante au cours d'un syndrome de Ménière, car le vertigineux d'origine pérophérique ne présente jamais de céphalée. Cette céphalée est au contraire très fréquente dans l'arachnoïdite : il s'agit de céphalée postérieure, en général occipitale, et très sou-

vent latéralisée du côté malade. Dans cette forme, il ne s'agit jamais de crises paroxystiques, ni de céphalée violente. Souvent même le malade n'accuse pas de véritable douleur, et il faut diriger spécialement l'interrogatoire sur ce point pour mettre en évidence ce signe particulier.

b) Forme hypertensive : la symptomatologie est ici, plus riche, le syndrome de Ménière est nettement atypique.

La céphalée postérieure est de règle : elle est tenace, souvent avec paroxysmes. Parfois, elle constitue une véritable « aura douloureuse » qui précède de peu l'accès vertigineux.

Les vomissements sont également fréquents; ils accompagnent les crises de céphalée et les crises de vertiges.

Les troubles psychiques existent parfois (deux fois sur cinq dans les observations d'Aubry et Ombredanne).

Les signes neurologiques sont minimes. La raideur de la nuque a été observée, notamment au moment des crises.

Des signes cérébelleux très discrets se manifestant surtout sous forme d'hypotonie du côté malade, ont pu être décelés.

Les autres nerfs crâniens sont indemnes.

La ponction lombaire nous a toujours montré un liquide céphalo-rachidien normal.

L'examen du fond d'œil montre quelquefois une alté-

ration très discrète de la papille, mais il n'a jamais été observé de stase importante.

Les signes cochléo-vestibulaires sont toujours très accentués, mais il n'y a pas de signes d'ordre central à proprement parler. S'ils existent, ces derniers sont légers et solitaires.

En d'autres termes, s'il existe un signe de type central ce dernier est le plus souvent unique, et n'est jamais associé à un ensemble de symptômes pouvant constituer un véritable syndrome vestibulaire central.

2°) Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux :

Il ne peut s'agir ici, que d'une tumeur au début, car la tumeur de l'angle parvenue à sa phase d'état ne donne plus lieu à un syndrome de Ménière atypique, mais bien à un véritable syndrome central, avec signes neurologiques associés.

La phase de début se présente, comme un syndrome de Ménière typique auquel se surajoute une anomalie du type central.

Ces anomalies sont :

a) Soit un nystagmus de type central, battant par exemple du côté inexcitable;

b) Soit une déviation spontanée unilatérale de l'index du côté malade;

c) Soit une dysharmonie (Barré) : par exemple nystagmus et inclinaison se faisant dans le même sens;

d) Les épreuves qui montrent du côté malade, une surdité totale avec inexcitabilité vestibulaire peuvent déceler du côté sain une abolition élective du nystagmus de forme rotatoire.

Le diagnostic différentiel du syndrome de Ménière de forme atypique d'avec l'hystérie vestibulaire, dans son état chronique devient parfois très difficile. Cette distinction s'impose cependant, car dans tous les cas où un état mental s'est surajouté aux troubles vertigineux, il faut s'abstenir rigoureusement de toute intervention chirurgicale.

3°) *Syndrome vestibulaire central :*

Le syndrome central est lié à une lésion le plus souvent intracérébrale, c'est-à-dire de la zone nucléaire bulbo protubérantielle, (abcès ou tumeur).

a) Les signes cochléo-vestibulaires sont de type central. Les troubles spontanés : nystagmus, déviation de l'index, Romberg, déséquilibre, prennent le type central. La dysharmonie vestibulaire (Barré) est fréquente. Les épreuves vestibulaires donnent des résultats particuliers.

b) Les signes neurologiques associés sont toujours présents :

- soit signes d'hypertension intracrânienne;
- soit atteinte des nerfs crâniens voisins et tout particulièrement du trijumeau, du facial ou des nerfs mixtes.

— soit atteinte cérébelleuse;

— soit, mais plus tardivement, atteinte pyramidale.

c) La ponction lombaire qui, dans les lésions de la fosse postérieure, ne doit être pratiquée que s'il n'existe aucun signe d'hypertension intracrânienne importante, peut montrer des modifications intéressantes du liquide céphalo-rachidien.

d) L'examen du fond d'œil montre, dans les affections tumorales, des signes évidents de stase papillaire.

INDICATIONS OPERATOIRES

Un grand nombre des vertiges peuvent être calmés par des traitements médicaux simples. Tous les auteurs d'ailleurs sont d'accord que dans la majorité des cas le traitement conservateur doit être de règle. Mais il est des accès de vertige auriculaire rebelles à toute thérapeutique, dont la durée, la violence et la répétition, font des malades qui en sont atteints de véritables infirmes. Le prototype de ces grands accès de vertiges s'observe dans la maladie de Ménière.

Ce sont ces grands vertigineux, plus ou moins sourds d'une oreille, atteints de bourdonnements insupportables localisés à leur oreille malade, qui sont essentiellement justiciables d'une intervention chirurgicale.

Nous envisageons ici la section du nerf auditif totale ou partielle.

Schématiquement on distingue deux grandes catégories des malades :

1°. — *Syndrôme de Ménière pur*. Il s'agit des malades qui n'ont aucun passé otitique, et qui n'ont pas subi d'interventions sur l'oreille.

Dans la forme de vertige-névralgie l'indication opératoire est exceptionnelle, et dans l'éventualité exceptionnelle ou l'intervention serait envisagée, c'est une neurotomie partielle qui serait faite.

Dans la forme vertige-névrite, la chirurgie peut être indiquée dans les cas rebelles à la thérapeutique médicale.

Deux cas sont à envisager :

a) Lorsque le malade est sourd, une intervention sur le labyrinthe ou une section totale du nerf auditif peut être proposée;

b) Lorsque le malade n'est pas totalement sourd, la section partielle du huitième s'impose véritablement, puisqu'en ménageant les fibres cochléaires, elle conserve l'audition.

2°. — *Syndrôme de Ménière atypique.* Cette deuxième catégorie de malades est toute différente : ce sont, des otorrhéiques anciens ayant subi une ou plusieurs interventions auriculaires antérieures : mastoïdectomie, évidemment pétro-mastoïdien, trépanation du labyrinthe.

C'est à la craniotomie postérieure unilatérale que l'on aura recours. Cette intervention permet l'exploration de la région ponto-cérébelleuse qui sera suivie :

a) Dans les cas simples, de la section totale ou partielle de la huitième paire, et parfois de la résection d'une partie du tronc nerveux.

b) Dans l'arachnoïdite ,de la libération des lésions pié-micro-arachnoïdiennes qui peut être suivie ou non de la section de l'auditif.

c) Dans les tumeurs de l'angle au début de l'ablation totale de la tumeur.

INTERVENTIONS PROPOSEES

De nombreuses interventions ont été proposées pour la cure chirurgicale des vertiges.

A. — *Opérations sur le labyrinthe.*

On peut distinguer :

1°) *Trépanation antérieure du labyrinthe :*

a) Evidement pétro-mastoïdien large, abrasion du mur du facial.

b) Trépanation entre les fenêtres ovale et ronde : deux coups de gouge l'un antérieur, l'autre postérieur.

c) Enlèvement du pont osseux. Curettage.

d) Plastique — Sutures.

2°) *Ouverture du canal semi-circulaire externe.*

a) Trépanation mastoïdienne — Ouverture de l'antre. Repère du seuil de l'aditus.

b) Abattement de la partie postérieure de la paroi externe de l'aditus. Mise en évidence en curettant la paroi interne de l'aditus (curette de Chatelier), de la boucle du canal.

c) Usure progressive sur le plan supéro-externe, du canal osseux (curettes de Hautant) jusqu'à ouverture. On peut arrêter à ce temps.

d) Ouverture du canal membraneux après agrandissement de l'ouverture du canal osseux (à la curette) à l'aide du petit crochet à aditus.

e) Suture par première intention. Le cas échéant drainage aux crins 24 ou 48 heures.

3°) *Ouverture du sac endo-lymphatique* (Portmann).

a) Incision des plans superficiels — Rugination.

b) Trépanation : zone limitée;

en haut : ligne passant par l'épine de Henlé;

en avant : verticale à 3 mm. en arrière du conduit;

en bas : horizontale à 1 cm. au-dessous du côté supérieur;

en arrière : taille oblique.

Creuser en profondeur, découvrir le sinus.

c) Dénuder la dure mère, 3 ou 4 mm. en dedans et en haut jusqu'au niveau de la zone adhérente.

d) Incision 2 à 3 mm., au ras du petit niveau osseux limitant la partie supéro-interne de la fossette.

e) Suture aux crins. Drainage à la gaze.

INTERVENTION PORTANT SUR LA HUITIEME PAIRE

La technique est celle de Dandy légèrement modifiée.

Il est indispensable pour la préparation du malade de lui faire prendre dans les quelques jours précédents l'intervention 10 à 20 centigrammes de gardénal par jour en doses fractionnées et, quelques heures avant l'intervention une cuillerée à soupe de chloral.

TECHNIQUE :

Premier temps : Incision des téguments.

Deuxième temps : Incision du périoste, détachement à la rugine vers le bas, d'un bloc, le lambeau cutané, les muscles et le périoste.

Troisième temps : Trépanation à la grosse fraise : partie horizontale de l'écaille occipitale, 2 travers de doigt du bord supérieur de la mastoïde et de la ligne courbe occipitale supérieure. Agrandir à la pince-gouge.

Quatrième temps : Incision prudente de la dure-mère. Glisser par la boutonnière entre dure-mère et cervelet une lame écartante inciser en croix.

Cinquième temps : Soulever légèrement la face postéro-inférieure du cervelet à l'aide d'un écarteur malléable. Aspirer le liquide céphalo-rachidien. Inciser l'arachnoïde de la citerne postérieure avec le petit crochet à strabisme. Aspirer à nouveau le L. C. R.

Sixième temps : Placer l'écarteur le long de la face externe du cervelet entre elle et la face postérieure du rocher. Ecarter progressivement le cervelet en dedans. Evacuer le lac ponto-cérébelleux.

Septième temps : Repérer le paquet facial auditif. Inspecter (écarteur de De Martel ou spéculum d'Aubry et Ombrédanne).

Insinuer un crochet mousse sous l'auditif.

Traction vers le haut pour situer le facial (cordon blanc).

Huitième temps : Section totale au bistouri fin, aux ciseaux fins, au neurotome (Aubry et Ombrédanne) d'avant en arrière, de la section antérieure du tronc.

Neuvième temps : Suture de la dure-mère au catgut. Drainage aux crins (24 ou 48 heures) entre dure-mère et lambeau cutané. Suture du lambeau.

SUITES OPÉRATOIRES.

La brèche opératoire est minime et ne laisse qu'une perte de substances peu étendue, parfaitement protégée

par un épais lambeau cutanéomusculaire. Elle siège d'ailleurs dans la partie horizontale de l'occipital, région profonde de la nuque, exposée aux traumatismes. La cicatrice est entièrement cachée dans les cheveux.

Les malades peuvent s'asseoir dans leur lit au bout de quelques jours et, après ablation des fils le septième jour, peuvent en général se lever et marcher seuls le dixième jour.

Les vomissements, la diplopie ne durent que quelques jours; la céphalée disparaît et les malades retrouvent très rapidement leur équilibre; leurs épreuves d'adaptation statique (Rademaker-Garcin) sont normales dans la plupart des cas.

CONCLUSIONS

Les différents syndrômes qui comportent des crises vertigineuses sont :

I. — Le syndrôme de Ménière pur, ou le vertige est lié à une perturbation de l'appareil labyrinthique périphérique, comprend deux formes :

a) Le vertige-névralgie, dans lequel la surdité ne peut pas exister;

b) Le vertige-névrite, dans lequel la surdité est pour ainsi dire constante et le plus souvent unilatérale.

II. — Des syndrômes de Ménière atypiques, ou le vertige est dû à une lésion du nerf vestibulaire dans son trajet ponto-cérébelleux. Ce sont des formes anormales de la maladie :

— soit parce que la surdité fait défaut;

— soit parce que se surajoutent des céphalées à siège très particulier, surtout occipitales;

— soit enfin parce qu'il existe des signes associés d'atteinte d'un nerf crânien voisin (V. ou VII.) ou d'arachnoïdite de la fosse postérieure.

III. — Le vertige du type central, vertige cérébelleux, en rapport avec un abcès ou une tumeur.

Les indications de la section intracrânienne du nerf auditif visent les grandes crises paroxystiques, qui ne cèdent à aucun traitement médical ou contre lesquelles des interventions auriculaires ont échoué.

L'indication est formelle dans le vertige-névrite dès que le traitement antisyphilitique s'est avéré inopérant. En pareil cas, la section du nerf donne des résultats plus certains que les interventions sur le labyrinthe, soit décompressives, soit destructives. Lorsque ces interventions ont déjà été pratiquées sans succès, l'indication de la section du nerf auditif peut être posée.

— Dans le vertige-névrite, la section sera totale si la surdité est totale, et partielle n'intéressant que le nerf vestibulaire si l'audition doit être conservée.

— Dans les formes aypiques aussi, la section sera totale ou partielle selon le degré de la surdité.

— Dans les formes céphalalgiques, l'intervention conduit en outre souvent sur des lésions d'arachnoïdite, soit kystique, soit adhésive; qu'il est nécessaire d'exciser ou de détruire.

La technique opératoire de Aubry et Ombrédanne, dérivée de l'opération de Dandy consiste à trépaner latéralement la partie horizontale de l'occipital, à en réséquer une petite surface, à inciser la dure-mère, puis à récliner

vers le côté sain l'hémisphère cérébelleuse du côté à sectionner de façon à découvrir le nerf tendu entre le sillon bulbo-protubérantiel et le trou auditif interne puis à couper tout ou partie de l'auditif après l'avoir isolé du facial.

L'intervention, exécutée par une équipe neuro-chirurgicale bien entraînée est assez facile, sans danger vital.

— La guérison des vertiges est de règle;

— Les bourdonnements d'oreille ont été supprimés dans la moitié des cas; ils n'ont jamais été augmentés;

— Grâce à la section isolée du nerf vestibulaire l'audition est respectée; cette acquisition récente permet de donner un essor nouveau à cette opération, d'envisager de plus nombreuses et plus larges indications opératoires à la section de la huitième paire.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
LEMIERRE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

ABOULKER (H.). — La décompression cérébelleuse et le drainage du lac ponto-cérébelleux. Traitement du vertige et des arachnoïdites. (*Soc. de méd. d'Alger*, sce du 6 novembre 1936, In. *Algérie med.* décembre 1936. *Prat du nord de l'Afrique*, 10 : 395-401, 15 juillet 1937).

(*La presse méd.* N° 23, 20 mars 1937).

ABOLKER (H.) et (R.). — Vertige archnoïdien. Guérison par décompression minima rétro-mastoïdienne et ponctions sous-occipitales. (*Réunion oto-neuro-ophtalmol.* Alger, sce du 20 mai 1937. In. *Rev. d'oto-neuro-ophtalmol.* N° 8, novembre 1937).

AUBRY (M.) et OMBREDANNE (H.). — Chirurgie du vertige. Indications de la section intra-crânienne du nerf auditif. (*Le phare médical de Paris*, rev. mens. de clin. et de thérapeut. N° 161, mai 1936). (*Cahiers de pratique médi-chir.* N° 3, mai-juin 1936, p. 126. (*Gaz. méd de France*, 43, n° 3, 1936).

— Traitement du vertige auriculaire par la section intra-crânienne du nerf auditif. Résultats de 23 cas. (*III^e cong. intern. d'O. R. L.* Berlin 17-22 août 1936. In. *Les ann. d'oto-laryng.* N° 8, août 1936, p. 850-851).

— Formes anormales de la maladie de Ménière.

Leur traitement chirurgical. (*Rev. méd. française*, 1936, p. 609-614).

- A propos de 5 cas de section intra-crânienne partielle du nerf auditif. (*Congrès français d'oto-rhino-laryngol.* Paris, octobre 1935).
- Deux cas de section partielle du nerf auditif avec guérison de vertiges et conservation de l'audition. (*Ann. d'oto-rhino-laryng.* N° 5, mai 1935).
- Les lésions arachnoïdiennes de la fosse cérébrale. (*Ann. d'oto-laryngol.* Mars 1936).

AUBRY (M.) et DARQUIER (J.) et SCHMITTE (P.). — Les signes vestibulaires des tumeurs de l'acoustique. (*Rev. Neurol.* Avril 1934).

BALDENWECK. — Traitement des vertiges. (*La Médecine*, avril 1928).

BRAIN (W.-R.). — Vertigo, neurologic, otologic, circulatory and surgical aspects. (*Brit. M. J.* 2; 17 septembre 1938, p. 605-608).

CAMAUER (A.-F) et DICKMANN (G.-H.). — Ménière's disease and its therapy by section of auditory nerve, case. (*Rev. Assoc. méd. argent.* 52, June 15, 1938, p. 521-523).

CROWE S.-J.). — Study based on examination made before and after intra crâniat division of vestibular nerve. (*Medicine* 17; feb. 1938, 1-36).

DANDY (W.-E.). — Pathologic changes in Ménière's diseases. (*J. Amer. Med. Ass.* 108; 20 mars 1937, p. 931-937).

DANDY (W.-E.). — Treatment of bilateral Ménière's di-

- sease and pseudo-Ménière's disease. (*Folia neuropath. estoniana*, 15-16; 10-14, 1935-1936).
- Diagnosis and treatment. (*J. Indiana M. A.* 32, mars 1939, p. 117-119).
- Nouvelle méthode de traitement de la maladie de Ménière. (*Arch. of. Surg.*, vol. XVI, n° 6, juin 1928, p. 1127).
- DIDIER (G.). — Chirurgie du vertige. (*Journ. des sc. med. de Lille*, n° 33, 16 août 1936).
- HAUTANT (A.). — Indications et résultats éloignés du traitement chirurgical des vertiges auriculaires. (*Bull. acad. de med. Paris* III, 26 juin 1934, p. 933-939). (*Jour. de Médecine*, 10 août 1934, T. CV). (*Ann. d'oto-laryng.* Novembre 1934, p. 1077-1082).
- Traitement chirurgical du vertige auriculaire. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1925).
- HALLPIKE (C.-S.) et CAIRNS (H.). — Pathology. (*Proc. Roy. Soc. Med.* 31; septembre 1938, p. 1317-1336. (*J. Laryng. et Otol.* 53; 625-654, octobre 1938).
- LAURENS (G.) et AUBRY (M.) et LEMARIEY (A.). — Précis d'oto-rhino-laryngologie, Masson et Cie éditeurs, Paris 1931.
- LEMAITRE (F.). — Introduction à l'étude des abcès cérébelleux d'origine auriculaire. (*Extr. Archives internat. de laryngologie*, Vigot, édit. Paris 1922).
- LEVY-VALENSI et HALPHEN. — Les vertiges, Maloine, 1926.
- LONDONO Jesus. — L'opération de Portmann (ouverture du sac endo-lymphatique — contribution au trai-

- tement chirurgicale des vertiges). Thèse de Paris, 1936.
- MOULONGUET (A.). — Les vertiges labyrinthiques. Masson et Cie, édit. Paris 1927.
- MYGIND (S.-H.) et DEDERLING (D.). — Diagnosis and treatment. (*Ann. otol-rhino-laryng.* 47, septembre 1938, p. 768-774).
- OMBREDANNE (M.). — La section intra-crânienne du nerf auditif et de ses modifications dans le traitement des vertiges auriculaires. (*Mém. de acad. de chir.* T. 63, n° 10, sce du 17 mars 1937, p. 379-391).
- PORTMANN (G.). — Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1932.
- PORTMANN (G.) et DESPONS. — Sur un cas de vertige traité et guéri par ouverture du sac endolymphatique (opération de Portmann). (*Soc. d'oto-neuro-ophtal.* Bordeaux, sce du 17 décembre 1935. In *Rev. d'oto-neuro-ophtal.* Mars 1937). (*Jour. de med. de Bordeaux sud-ouest*, n° 22-24, 10-20-30 août 1936).
- RAMADIER (J.). — Le traitement du vertige. (*Les annales d'oto-laryngologie*, n° 1, janvier 1933).
- SIMONETTA (B.). — Indications for resection of vestibular nerve in Ménière's disease with cystic arachnoiditis; 2 cases. (*Riv. oto-neuro-ophtal* 15; septembre-octobre, 1938, p. 401-407).
- SMITH (M.-H.) et WHITE (M.). — Concurrent tic douloureux and Ménière's disease treated surgically. (*J. A. M. A.* III; 27 aug. 1938, p. 782-783).

SYMONDS (C.-P.). — Vertigo aural, causes, diagnosis and treatment. (*Practitioner* 141; aug. 1938, p. 186-193).

THOMAS (A.) et AUBRY (M.) et OMBREDANNE (M.). — Examen anatomique de la huitième paire gauche dans un cas de vertiges intermittents, traités par la résection intra-crânienne de la racine. (*Soc. de neurol. de Paris*, sce du 5 mars 1936, In *Rev. de neurol.* 3 mars 1936, p. 624-631).

WELTI (M.-H.). — Section intracrânienne du nerf auditif pour vertige. (*Mém. de acad. de chir.* T. 63, n° II, Sce du 7 avril 1937, p. 415-416).

YEARSLEY (M.). — Treatment of labyrinthique vertigo by operation. (*Clin. J.* 63; septembre 1934, p. 383-386).

YEARSLEY. — Vertigo surgical-treatment. (*Lancet* 2; 10 septembre 1938, p. 618-619).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e.
